

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Facultad de Ciencias Médicas

UNAN MANAGUA

cd. rsn

Biblioteca Central "Salomón de la Selva"	
UNAN-Managua	
Fecha de Ingreso:	17/10/17
Comprado:	Dora Fae. Med
Precio: C\$	U\$
Registro No.	97345



Tesis monográfica para optar al título de medicina y cirugía general

"Calidad del Llenado, interpretación y utilización del Partograma como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016".

Autoras:

- Bra. Olga Emilieth Leiva Saballos.
- Bra. Kirla Yamira Lazo Rocha.

Tutor Clínico:

Dr. José de los Angeles Méndez

Médico Ginecoobstetra

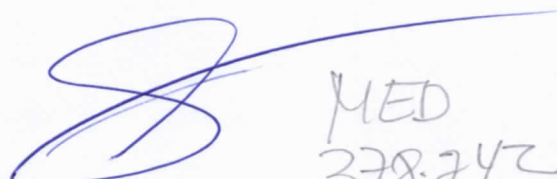
Asesor metodológico:


Wilbert López Toruño Md. MSc.

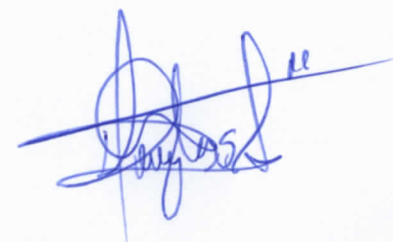
Médico y Máster en Salud Pública

UNAN Managua

Managua, Nicaragua, 2017


MED
378.742
Lei
2017





Dedicatoria

Primeramente, a Dios, por ser nuestro pilar fundamental, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo personas que nos llenan de amor y felicidad.

A nuestros padres, por ser nuestro mayor apoyo, por los valores que nos han inculcado y por darnos la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas. Sobre todo, por el ejemplo de perseverancia inculcado y que jamás debemos darnos por vencidos.

A nuestros amigos, por confiar y creer en nosotros y hacer de nuestra etapa universitaria un trayecto de vivencias que jamás olvidaremos.

A nuestro tutor monográfico, por su paciencia, sus enseñanzas y dirección para poder culminar este trabajo con éxito.

Agradecimientos

Por habernos permitido llegar hasta este punto y darnos salud para lograr nuestros objetivos, superar los obstáculos y darnos motivación para culminar este trabajo, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres:

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos han permitido ser personas de bien, pero más que nada, por su amor.

A nuestros familiares:

Por impulsarnos y motivarnos con sus palabras de ánimo, por demostrarnos el enorme orgullo que sienten por nosotros y hacernos saber que estarán siempre apoyándonos y ayudándonos a superar los obstáculos.

A nuestros maestros:

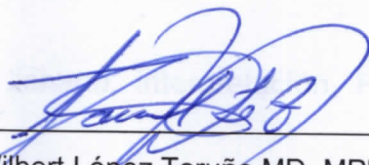
Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por todos los conocimientos transmitidos y la paciencia con que nos instruyeron día a día.

Opinión del tutor

La tasa de Natalidad representa uno de los principales indicadores de crecimiento en un país, en Nicaragua se ha aumentado la tasa de embarazo, principalmente en adolescentes menores de 18 años, de igual manera hay incremento de las complicaciones durante el trabajo de parto, pero gracias al partograma que se ha utilizado como instrumento de vigilancia oportuna del parto se han mermado muchas de estas complicaciones.

Tomando en cuenta todo lo anterior la Bra. Olga Emilieth Leiva Saballos y Bra. Kirla Yamira Lazo Rocha han desempeñado una excelente labor en realizar esta investigación con el fin de monitorear el seguimiento durante el trabajo de parto, enfocándose en la calidad, interpretación y uso del partograma como método de vigilancia durante el parto.

Han concluido dicho estudio con mucho éxito con el firme propósito de aportar al sistema de salud, por eso felicito a las bachilleras por este logro alcanzado en su vida profesional y personal, y por contribuir a una valiosa investigación, dicho documento servirá como paso inicial para futuros trabajos investigativos.



Wilbert López Toruño MD. MPH.
Tutor Metodológico
Máster en Salud Pública
Docente Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua

Resumen

La vigilancia del trabajo de parto ha disminuido la mortalidad materno-fetal, para la constante supervisión se ocupa como instrumento el Partograma. Por ello se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo con 145 pacientes, cuyo objetivo es describir la calidad del llenado, interpretación y utilización del partograma como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante agosto - octubre, 2016, concluyendo dentro de las características sociodemográficas que la mayoría de las pacientes eran menores de 15 años, escolaridad secundaria, unión estable, católica, de procedencia urbana y ama de casa, En los datos ginecobstetricos dichas mujeres eran multigestas, múltipara, no han tenido ningún aborto, ni cesárea, ni legrado. Se encontraban entre las 37 y 41 semanas gestacionales, tenían más de 3 controles prenatales, período intergenésico mayor de 18 meses, En cuanto al llenado del partograma la mayoría de los casos como los datos generales del paciente, el tiempo de inicio del partograma, el patrón de construcción de curvas, variedad de posición de la presentación se llenaron correctamente, el mayor porcentaje de los partogramas se interpretó adecuadamente y cumplieron entre 15 a 17 criterios de calidad para el llenado de los partogramas.

Palabras claves: Calidad, llenado, interpretación, Partograma, Hospital Bertha Calderón Roque.

INDICE

Dedicatoria	2
Agradecimientos.....	3
Opinión del tutor.....	4
Resumen	5
I. INTRODUCCIÓN	8
II. ANTECEDENTES.....	9
III. JUSTIFICACIÓN	11
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	12
V. OBJETIVOS:	13
VI. MARCO TEÓRICO	14
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	38
VIII. RESULTADOS	47
IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	50
X. CONCLUSIONES	54
XI. RECOMENDACIONES.....	55
XII. BIBLIOGRAFÍA	56
XIII. ANEXOS	57

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico cuyo resultado es la expulsión del feto y de los anexos embrionarios a través del canal del parto, proceso mediado por contracciones uterinas acompañadas de borramiento y dilatación cervical.

El análisis de la progresión del trabajo de parto fue realizado por Friedman y cols en década del 50, quienes efectuaron una representación gráfica, describiendo una fase latente, caracterizada por borramiento y dilatación cervical hasta los 4 cm; seguida de una fase activa con dos partes claramente diferenciadas: la primera caracterizada por un período de rápida progresión de la dilatación (fase de aceleración), y la segunda caracterizada por un enlentecimiento de la dilatación hacia los 9-10 cm (fase de desaceleración), antes del inicio del expulsivo (Dr. Danilo Nápoles Méndez, Dra. Amelia Emilia Bajuelo Páez, 2004).

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del Partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de Partograma, este tiene por objetivo disminuir la morbi-mortalidad materno-peritoneal, dar un seguimiento con alta calidad, evitar la prolongación del trabajo de parto (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La presente investigación pretende determinar la calidad, interpretación y utilización del partograma como método de vigilancia durante el trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua-Nicaragua durante agosto-Octubre 2016.

II. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Mauro Parra C (2007) Analizo el efecto de un manejo médico estandarizado del trabajo de parto, que incluye anestesia regional, rotura artificial de membranas y conducción oxitócica, sobre la fase activa del trabajo de parto en multíparas. Con Análisis retrospectivo de 130 multíparas en trabajo de parto espontáneo, que ingresaron con 3 a 4 cm de dilatación. Resultados. Se observó una duración de la fase activa del trabajo de parto de aproximadamente 3,5 horas, con una progresión promedio de 1,5 cm/ h, produciéndose la mayor progresión entre los 7 y 9 cm de dilatación con 1,9 cm/h. Conclusiones. Nuestros resultados muestran que el manejo "médico estandarizado" del trabajo de parto no reduce los tiempos de la fase activa ni de la segunda fase en multíparas (Mauro Parra C., 2007).

Rocha IM y de Oliveira SM (2009) realizaron una investigación con el objetivo de analizar el uso de intervenciones obstétricas, los tipos de entrega, y los resultados perinatales Según la a las zonas I, II y III del partograma. Este estudio transversal se llevó a cabo con 233 mujeres embarazadas de bajo riesgo entre diciembre de 2004 y marzo de 2005 en una maternidad pública ubicada en la ciudad de Itapeperica da Serra, en el estado de Sao Paulo. Análisis comparativo se realizó mediante Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher. Las prácticas utilizadas en las diferentes zonas, con significación estadística del partograma I ($p = 0,05$) fueron: baño, el movimiento y pie (zona III); rotura artificial de las membranas (zona II) y la oxitocina (zona II). Cesáreas se realizaron en 24% de las mujeres en la zona III. Lo que indica que el partograma I es un instrumento que puede ser utilizado como guía para la adopción de intervenciones durante el parto (Rocha IM y de Oliveira SM, 2009).

Vieira García Novo, Joe Luiz (2016) Realizaron una investigación con el Objetivo de analizar la asistencia a un parto normal en la atención materna secundaria. Metodología: Se incluyeron un total de 100 madres primíparas que tuvieron un parto vaginal, obteniendo los siguientes Resultados: los socios de nacimiento (85%), partógrafo debidamente relleno (62%), el contacto madre-recién nacido de piel a piel (36%), el uso de oxitocina (87%), el uso de nutrición parenteral durante el parto (86%) y en el parto (74%), episiotomía (94%) y la presión del fondo uterino en la etapa de expulsión (58%) (Vieira García Novo, Joe Luiz, 2016).

A nivel Nacional

Dra. Zeledón y el Dr. Abarca (1997), realizó una investigación en el Hospital Bertha Calderón sobre la aplicación del Partograma en el servicio de labor y parto con una muestra de 166 pacientes donde 112 pacientes (67.4%) no se les realizó Partograma, a las 54(32.6%) pacientes restantes si se les realizó Partograma; a 47 pacientes (87%) solamente se le realizó curva de alerta. En relación al APGAR de los recién nacidos de las pacientes en estudio y la realización del Partograma encontraron que se presentaron dos asfixias moderadas en 112 pacientes que no se les realizó Partograma, una en 47 pacientes que solo se les hizo curva de alerta y una en 7 pacientes que se le hizo tanto curva de alerta como curva real (Zeledón y Abarca, 1997).

Alejandro Hernández (2005-2007) un estudio de monografía para optar al título de Médico Especialista en Ginecología titulada: Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con Partograma y curva de alerta en el periodo de Junio del 2005 a Junio del 2007 en el Hospital de León cuyos resultados fueron: Falta de datos generales de la paciente, selección incorrecta del patrón de curva de alerta, gráfica inadecuada de la curva de alerta, no hay interpretación adecuada de la curva real con respecto a la curva de alerta, no se gráfica adecuadamente el descenso de la presentación, no se gráfica de forma adecuada los cambios de patrones en la curva de alerta, las casillas de observación no son utilizadas de la forma correcta, no se utiliza cierre del Partograma al producirse el parto (Alejandro Hernández, 2007).

III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la natalidad en Nicaragua oscila entre 20.35 por 1000 habitantes. En países en vías de desarrollo el 80% de los nacimientos son por vía Vaginal y cada uno de estos grupos tanto la madre como el bebé se enfrentan a innumerables riesgos de enfermar o morir, por lo cual es importante llevar una adecuada vigilancia del trabajo de parto y del parto (Banco Mundial, 2014).

El Partograma constituye la herramienta adecuada, que nos permite identificar de manera oportuna una complicación y así poder incidir en el trabajo de parto evitando la muerte tanto de la madre como del bebé.

La presente investigación, pretende proporcionar evidencia científica acerca del llenado correcto del Partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto para la toma de decisiones de manera oportuna así mismo, hacer énfasis, en los puntos o acápites del Instrumento de evaluación en que se está fallando y poder emitir recomendaciones específicas de forma dirigida. A todos los Centros de atención obstétrica a nivel Nacional, además poder servir de guía para futuras investigaciones.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Durante el trabajo de parto es necesaria una adecuada y exhaustiva vigilancia que nos permita identificar a tiempo los problemas, evitando aumento en la morbilidad y mortalidad del binomio madre-hijo.

El partograma es un instrumento que nos permite tener mejor control durante la vigilancia del trabajo de parto, por lo cual se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad del llenado, interpretación y utilización del partograma como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante agosto - octubre, 2016?

Así mismo se sistematizó de la siguiente manera:

- Cuáles son los principales datos generales del grupo de madres en estudio?
- Cuáles son los datos Gineco-obstétricos del grupo de madres en estudio?
- Como es la calidad del llenado de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio?
- Como es la calidad de la interpretación de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio?
- Cuál es el nivel de calidad en porcentaje de partogramas por inciso de acuerdo al instructivo emitido por el MINSA como monitoreo del Partograma?

V. OBJETIVOS:

Objetivo General

Describir la calidad del llenado, interpretación y utilización del partograma como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante agosto - octubre, 2016.

Objetivos Específicos:

1. Indagar los principales datos demográficos del grupo de madres en estudio.
2. Detallar los datos Gineco-obstétricos del grupo de madres en estudio.
3. Identificar la calidad del llenado de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.
4. Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.
5. Establecer el nivel de calidad en porcentaje de partogramas por inciso de acuerdo al instructivo emitido por el MINSA como monitoreo del Partograma.

Identificar el trabajo del parto activo, es decir, la presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino, y descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis ósea.

Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto, que incluye:

Verificar la actividad contráctil: Identificar la frecuencia optima de las contracciones uterinas (mínimo tres en 10 minutos), la intensidad adecuada (40 mm de HG o más, que equivale a sentir el útero bien firme), y la duración mínima (endurecimiento del útero durante mínimo 35 y hasta 60 segundos), necesarios para garantizar el progreso del trabajo de parto.

Evaluar la Pelvis o "Continente del parto": En la primera consulta de ingreso al trabajo de parto, el médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la actitud corporal de la gestante y la estatura ayuda en la apreciación clínica de la pelvis, pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada. Deben identificarse los antecedentes perinatales, como parto difícil, trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. La evaluación de la pelvis debe dirigirse a palpar las prominencias óseas que limitan el canal del parto, como el ángulo subpúbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro.

Considerar los tejidos blandos maternos o circunstancias del continente: Conjuntamente con la evaluación de las estructuras óseas, deben valorarse los tejidos blandos del canal del parto y de la pelvis. Es útil considerar las modificaciones del canal cervical como producto de la actividad contráctil, así como tener en cuenta los antecedentes médicos y quirúrgicos que pueden influir en la respuesta del cérvix.

DEFINICIÓN

Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

OBJETIVOS DEL PARTOGRAMA

- Disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto.
- Proveer al personal médico y parteras de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
- Prevenir y/o diagnosticar el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
- Reducir el índice de cesáreas y las asfixias al nacer, así como sus secuelas.

VENTAJAS DEL PARTOGRAMA

- Disminuye la morbilidad y mortalidad materna perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados.
- Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias.
- Es capaz de explicar los altos índices de cesáreas en algunos hospitales.
- En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
- Facilita archivar y computar los datos.
- Constituye un método de lenguaje universal.

de una paciente en particular, se grafica con referencia a una "línea de alerta" (Ricardo Schwarcz, 2005).

La línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir el 90 % de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por la línea de alerta o en contraposición, solo el 10% de las mujeres demorarán mas del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento. Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso.

Este momento es importante para corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el esfuerzo de la actividad uterina oxitócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas o la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales. De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos y complicaciones.

El Partograma del CLAP ofrece algunas ventajas adicionales sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott, tales como:

Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.

Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo del parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, las características del líquido amniótico, los cambios de la posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Presenta una tabla independiente para el registro de las características clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor.

Es dinámico y fácil de elaborar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, pueda evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando la curva se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.

Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede juzgar lo adecuado o no de la evolución que en muchos casos son ilegibles.

COMO UTILIZAR EL PARTOGRAMA DEL CLAP

Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia.

Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del Partograma, para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el periodo previo a la fase activa del trabajo del parto como durante este. Debe escribirse a la hora de evaluación en cada columna, y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la "a" hasta la "p". Las horas de cada columna de esta tabla no tienen concordancia estricta con las horas consignadas en la tabla del Partograma, pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal.

Esta parte del Partograma debe ser diligenciada cada que se evalúa la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería).

En la parte inferior izquierda del Partograma, se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del Partograma.

Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, y la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardíaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto.

Estas convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica, de dilatación y de descenso.

En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal. La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 3-4 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.

En el borde inferior de la tabla están las "horas de registro" del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de "horas de registro" están las casillas para registrar la "hora real", es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las "horas reales" de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica. Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la "hora real".

El Partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta.

Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta. Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto y el estado de las membranas. Si la paciente es multipara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alerta son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar en un centímetro a otro.

Gráfica de Dilatación Cervical

Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación, iniciar la curva de alerta en la línea de base.

Si la paciente ingresa en 6 cm de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El siguiente ejemplo muestra cómo se construyen las curvas de alerta para una paciente multipara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm.

Si se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de dilatación por debajo de la línea de base y la siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. La línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y la curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una paciente nulípara con membranas íntegras. (CLAP, OPS/OMS, 2014)

LLENADO DEL PARTOGRAMA

Datos Generales

Anotar nombre y apellido de la embarazada, fecha de ingreso y de inicio del Partograma y número de historia clínica.

Sector Central

Este sector está destinado al registro de:

Dilatación cervical.

Planos de Hodge.

Estado en que se encuentran las membranas ovulares.

Frecuencia cardíaca fetal.

Contractilidad uterina.

Gráfica de Dilatación Cervical

En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra una escala para graficar la dilatación cervical, desde 0 cm hasta el parto; en el eje de las abscisas se encuentra una escala horaria de 0 a 14 horas, por debajo de ellas se encuentran casillas para anotar la hora real correspondiente a cada observación. El valor hallado en el primer tacto vaginal se anotará con un punto en la intersección de la abscisa (hora de observación), con la ordenada (dilatación cervical en cm). De igual manera se seguirán anotando sucesivamente los siguientes exámenes obstétricos hasta completar el parto. La unión de cada punto con el precedente mediante una línea permitirá dibujar la curva de dilatación para un caso determinado según la evolución.

Altura de la Presentación

En el eje derecho de las ordenadas de la cuadrícula central, está consignada la altura de la presentación. Esta se graficará según los planos de Hodge o de Lee. Si además se pudo diagnosticar la variedad de posición, este símbolo se completará según corresponda.

Planos de Hodge

I Plano: Toma el borde superior de la sínfisis del pubis y llega al promontorio.

II Plano: Pasa por el borde inferior de la sínfisis del pubis y cae por detrás en la parte media de la segunda vértebra sacra.

III Plano: Pasa por las espinas ciáticas y llega por detrás a la articulación entre la cuarta y quinta vértebra sacra.

IV Plano: Pasa por la punta del cóccix

Variedad de Posición

En la intersección del plano encontrado y la hora del examen se dibujará el símbolo de la cabeza con el occipital orientada hacia la variedad de posición.

Estado de las Membranas Ovulares

Al ingreso se constatará el estado de las membranas ovulares en cuanto a su integridad.

Si están rotas, se anotarán en observaciones de la cuadrícula inferior. Si se rompe en algún momento del trabajo del parto se anotará, al lado del punto con el que se registra la dilatación cervical, con la sigla que corresponda para la rotura espontánea de las membranas (REM) y para la rotura artificial de las membranas (RAM).

Sector Inferior

Este sector está destinado al registro horario de:

Posición Materna: La adoptada predominantemente en el periodo considerado.

Decúbito Lateral Derecho.....LD

Decúbito Lateral Izquierdo.....LI

Decúbito Dorsal.....D

Semi Sentada.....SS

Sentada.....S

Parada o Caminando.....PC

Tensión Arterial: en mm Hg la máxima y la mínima fuera de la contracción.

Pulso Materno: en latidos por minuto fuera de la contracción.

Frecuencia Cardíaca Fetal: en latidos por minutos fuera de la contracción.

Duración Contracciones: en segundos desde que se percibe por palpación el endurecimiento del útero hasta su aflojamiento.

Frecuencia contracciones: Número de contracciones en 10 minutos.

Dolor: marcar el lugar y la intensidad del dolor con los siguientes símbolos:

Localización

Región supra púlica (SP)

Región Sacra (S)

Intensidad del dolor:

Fuerte (+++)

Moderado (++)

Débil (+)

No lo percibe (-)

Otros Datos

Se registrarán además las drogas administradas, vías y dosis, así como cualquier otro dato de relevancia no consignado anteriormente. Estas anotaciones se efectuarán en la hoja de observaciones precedidas por la letra que figura en el casillero correspondiente a la hora.

Curvas de Alerta para la Dilatación Cervical

Se trata de un sistema de vigilancia tanto para la prevención del parto prolongado como para la prevención de intervenciones no siempre oportunas como la estimulación con oxitocina o la operación cesáreas.

Es uno de los instrumentos indispensables para evaluar la calidad de la atención del parto a la vez que resulta una herramienta práctica para vigilar el progreso del parto en un caso individual.

Las curvas de alerta marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que al traspasar este límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Bridan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia oportuna del caso.

Procedimiento para Graficar la Dilatación Cervical y la Curva de Alerta.

Los datos para construir la curva patrón de alerta fueron obtenidos desde 4-5cms de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4-5cms de dilatación cervical (Línea de base).

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. El observador, a partir de este momento, puede elegir de la tabla

impresa en el Partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas de acuerdo a las características de la paciente.

Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeja al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta es cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

Condiciones cambiantes durante el Trabajo de Parto.

Si varían las condiciones de ingresos durante el transcurso del trabajo de parto se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada.

GRÁFICOS

PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS

NOMBRE Y APELLIDO _____


dia mes año _____


Nº DE HISTORIA CLÍNICA _____

Grafico 1. Identificación de la historia clínica del trabajo de parto, "partograma"

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR Localiz./intens.																

Grafico 2. vigilancia clínica del trabajo de parto

**PLANOS DE HODGE Y
VARIEDAD DE POSICIÓN** _____ 

DILATACIÓN CERVICAL _____ 

ROTURA ESPONTÁNEA MEMB. _____ (REM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. _____ (RAM)

INTENSIDAD	LOCALIZACIÓN
Fuerte _____ +++	Suprapúbica _____ SP
Normal _____ ++	Sacro _____ S
Debil _____ +	

REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Dips tipo I
(Desaceleración precoz) _____ I

Dips tipo II
(Desaceleración tardía) _____ II

Dips variables
(Desaceleración variable) _____ V

Meconio _____ M

POSICIÓN MATERNA

Lat. derecho _____ LD

Lat. izquierdo _____ LI

Dorsal _____ D

Semisentada _____ SS

Sentada _____ S

Parada o caminando _____ PC

Grafico 3. Convenciones para diligenciar el partograma.

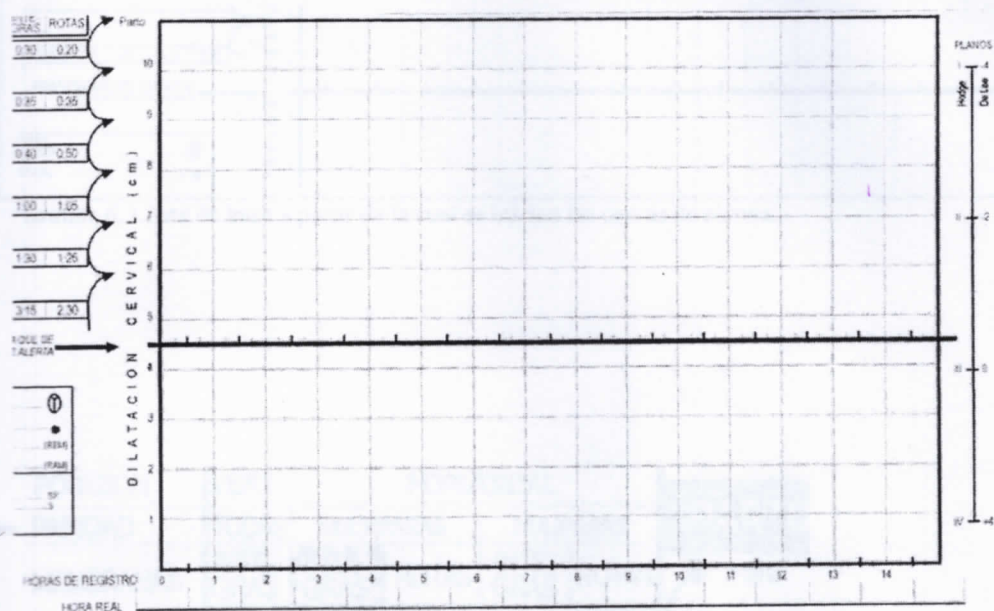


Gráfico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

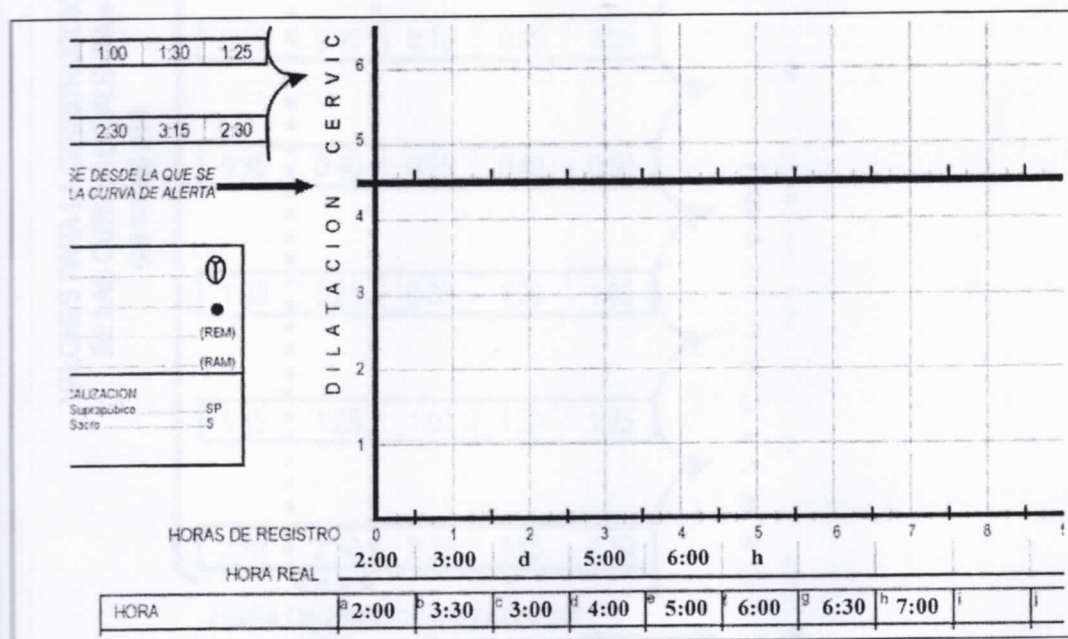
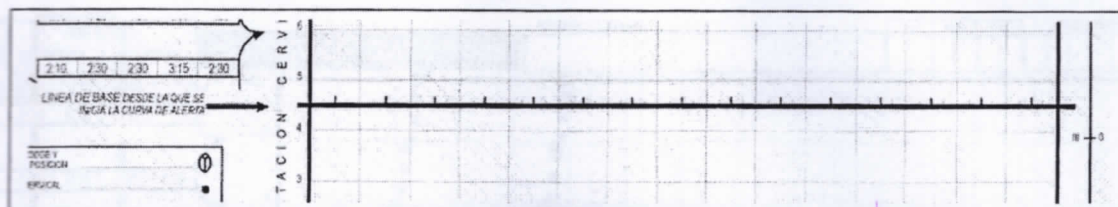


Gráfico 5. Horas de evaluación clínica y del registro grafico del partograma



Gráfica 6. Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.

POSICION	VERT.	HORIZONTAL				PARTO
PARIDAD	TODAS	MULTIPARAS		NULIPARAS		
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS	
VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA * (en horas) p10	0:15	0:15	0:05	0:30	0:20	Parto
	0:25	0:25	0:10	0:35	0:35	10
	0:35	0:40	0:25	0:40	0:50	9
	1:00	0:55	0:35	1:00	1:05	8
	1:15	1:25	1:00	1:30	1:25	7
	2:10	2:30	2:30	3:15	2:30	6
LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA						5

VALORES PARA LA CONSTRUCCION
DE LAS CURVAS DE ALERTA *

(en horas) p10

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE
INICIA LA CURVA DE ALERTA

CERVICAL (cm)

Gráfico 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.

7054 58 22 100

Figura 8: construcción curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.

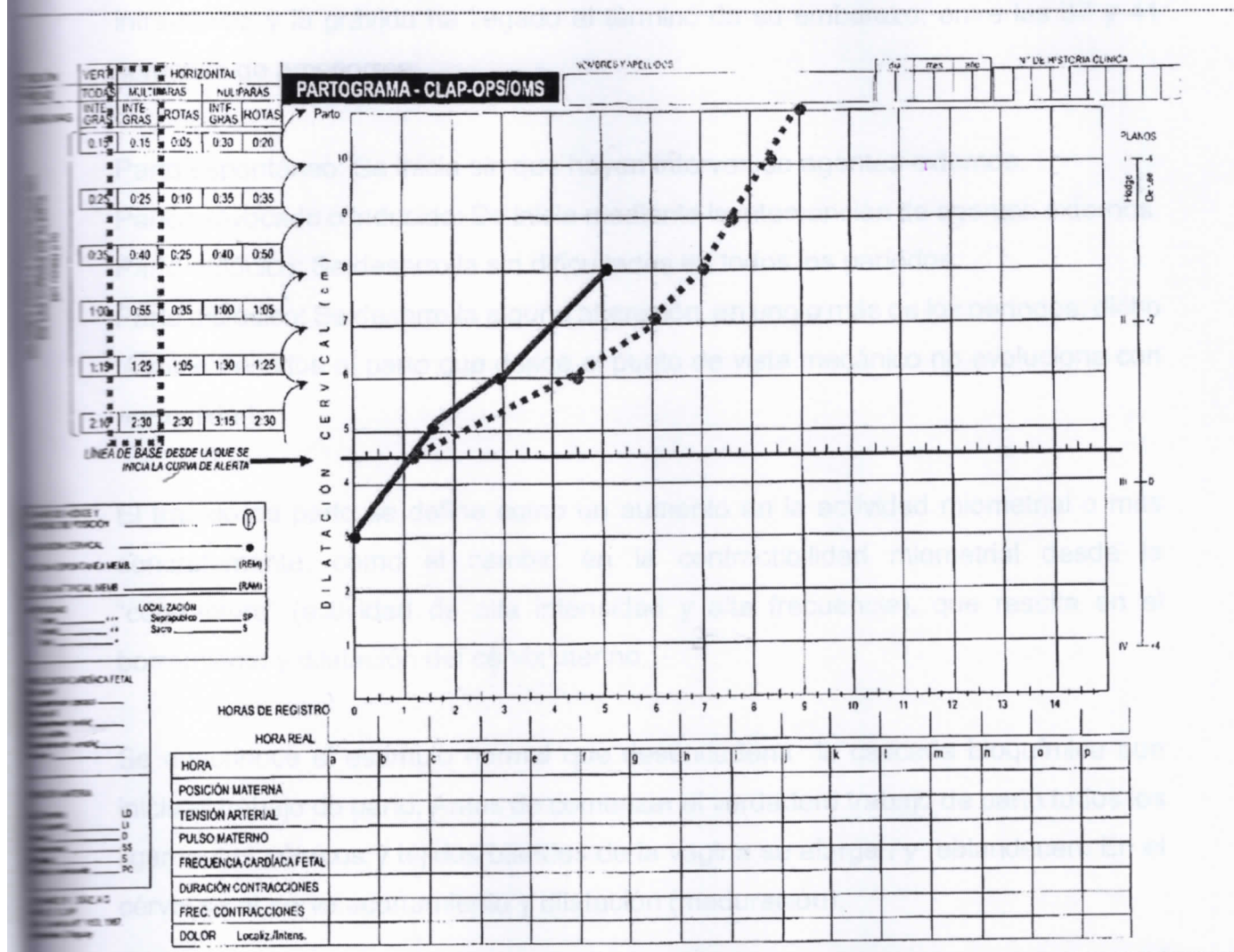


Fig. 9. Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base.

CONCEPTOS GENERALES

Definición de Parto:

Conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior. En condiciones

normales acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo; entre las 37 y 41 semanas de amenorrea.

Parto espontáneo: Se inicia sin que hayan intervenido agentes externos.

Parto provocado o inducido: Se inicia mediante la intervención de agentes externos.

Parto eutócico: Se desarrolla sin dificultades en todos los períodos.

Parto distócico: Se desarrolla alguna alteración en uno o más de los períodos; dicho término describe al parto que desde el punto de vista mecánico no evoluciona con normalidad.

El trabajo de parto se define como un aumento en la actividad miometrial o más concretamente, como el cambio en la contractibilidad miometrial desde la “contractura” (actividad de alta intensidad y alta frecuencia), que resulta en el borramiento y dilatación del cérvix uterino.

Se desconoce el estímulo normal que desencadena la cascada bioquímica que inicia el trabajo de parto. Antes de comenzar el verdadero trabajo de parto todos los ligamentos pélvicos y tejidos blandos de la vagina se alargan y reblandecen. En el cérvix se observa acortamiento y dilatación (maduración).

Unas semanas antes de iniciarse el verdadero trabajo de parto aparecen las contradicciones de Braxton Hicks (contracciones regionales débiles, irregulares y rítmicas).

Se ha propuesto que un “gen reloj placentario” se mantiene activo desde las etapas más tempranas de la gestación y el momento del parto. Así mismo controla una señal que es el factor liberador de corticotropina placentaria (CRF). Dicho factor se libera hacia la circulación materna al principio del segundo trimestre y su concentración se eleva de manera exponencial conforme el embarazo avanza. Este

factor regula la concentración de cortisol suprarrenal, que es capaz de incrementar la intensidad de las contracciones uterinas, y también estimula la producción de oxitocina por el feto y de prostaglandinas por la placenta. Los estrógenos estimulan la producción de receptores de oxitocina en el útero, a medida que la concentración de progesterona declina, cuando el embarazo se acerca a su término, los estrógenos pueden activar la contractilidad del miometrio.

El estiramiento mecánico también puede incrementar la contractilidad uterina (embarazo gemelar, polihidramnios etc.). Una vez iniciado el trabajo de parto el proceso implica múltiples circuitos de retroalimentación positiva.

Criterios para definir un Trabajo de Parto Normal.

Friedman intentó establecer criterios que definiesen un trabajo de parto normal y permitiesen identificar alteraciones significativas durante este proceso. Aunque arbitrarios, los límites establecidos por Friedman son lógicos y tienen una utilidad clínica.

El grupo de mujeres estaba compuesto por nulíparas y multíparas sin desproporción céfalo pélvica, posición o presentación defectuosa del feto ni embarazos múltiples; ninguna de éstas mujeres había sido tratada con dosis importantes de sedantes, analgesia de conducción, oxitocina, ni había tenido intervenciones quirúrgicas; todas las mujeres tenían pelvis normal, habían llegado al término del embarazo, con fetos en presentación cefálica. A partir de los estudios realizados desarrolló el concepto de tres fases funcionales del trabajo de parto: preparatoria, dilatoria y pelviana que define los objetivos fisiológicos de cada una de éstas categorías.

Períodos del Trabajo de Parto:

Borramiento y dilatación del cuello uterino.

Expulsión del feto.

Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)

Se denomina “fenómenos activos” del trabajo de parto a las contracciones uterinas y a los pujos y “fenómenos pasivos” a los efectos que aquellos tienen sobre el canal del parto y el feto.

Estadios de Parto:

Primer Estadío: Hace referencia al intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Sub dividido por Friedman en tres fases de acuerdo con la progresión de la dilatación cervical.

Fase Latente: Período entre el inicio del trabajo de parto y el punto en que se observa un cambio en la progresión de la dilatación cervical. Se caracteriza por una duración variable.

Fase Activa: Asociada con un mayor progreso de la dilatación cervical y suele comenzar a los 4 cm de dilatación.

Fase Descendente: Coincide con el segundo Estadío del parto.

Segundo Estadío: Intervalo entre la dilatación cervical completa (10cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna, culminando con la expulsión del feto.

Tercer Estadío: Hace referencia al parto de la placenta y de las membranas fetales. El mecanismo del trabajo de parto, en general consta de tres tiempos fundamentales:

1° Mecanismo de Entrada a la pelvis: para atravesar el área del estrecho superior

2° Mecanismo de pasaje; para atravesar la excavación.

3° Mecanismo de Salida de la pelvis para atravesar el estrecho superior.

En cada etapa que avance el feto cambia de actitud y ejecuta movimientos de rotación para acomodarse a los distintos ejes y diámetros de la pelvis. Esta acomodación es la resultante de las fuerzas propulsivas de la contracción y de los obstáculos opuestos por el canal del parto.

Según la clásica división del mecanismo del parto, el conjunto de movimientos fetales durante su progresión se produce generalmente de la siguiente manera:

1. Acomodación al estrecho superior: reducción de diámetros de la presentación flexión o deflexión (cabeza) o por compresión (nalga), y orientación.
2. Encajamiento y descenso: la circunferencia máxima de presentación franquea el estrecho superior.
3. Rotación intrapélvica: el eje mayor de la presentación coincide con el eje pubococcigeo del estrecho inferior.
4. Desprendimiento: el plano máximo de presentación franquea el estrecho inferior.
5. Rotación intrapélvica teoría de Sellheim (facillimum de flexión).

El parto, sin embargo, no es siempre un fenómeno normal; los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la evolución de un parto normal o eutócico.

Deberá tomarse en cuenta los diferentes tipos de distocia que se puedan presentar durante el trabajo de parto, que pueden contribuir en la obstrucción del mismo, en su enlentecimiento o en la necesidad de realizar un cambio de conducta en la paciente, como:

Distocia del parto.

Distocias del canal del parto.

Distocias del motor del parto.

Distocias por disminución de la contractibilidad con triple gradiente alterado.

Distocias del canal pelvigenital.

Distocias óseas.

Distocias de partes blandas.

Distocias de causa ovular.

Falso Trabajo de Parto.

En esta situación las contracciones uterinas son irregulares, poco frecuentes, con escasa intensidad y duración e ineficaces para el progreso del parto, pero no se puede diferenciar de una prolongación de la fase de latencia. Aproximadamente el 10% de las fases de latencia prolongada corresponde a un falso trabajo de parto.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Observacional, Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo.

Área de estudio: Sala de Labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque.

Universo: Estará constituido por el total de partos o nacimientos ocurridos en el periodo del estudio el cual corresponde a 231 partos.

Muestra:

¿ Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	231
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	145
80%	97
90%	125
97%	156
99%	172
99.9%	191
99.99%	201

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Tipo de muestreo: probabilístico, aleatorio simple, seleccionando al azar los 145 expedientes que cumplan con los criterios de inclusión

Criterios de inclusión:

- Embarazos a termino
- Fetos vivos
- Presentación cefálica
- Pesos mayores de 2500 gramos

Criterios de exclusión:

- No embarazos de termino
- Fetos muertos
- Presentación Pélvica.

Variables:

Objetivo # 1:

Edad

Escolaridad

Estado Civil

Religión

Procedencia

Ocupación

Objetivo # 2:

Gestas

Paras

Abortos

Cesáreas

legrados

Edad Gestacional

Controles prenatales

Periodo intergenésico

DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad		
Escolaridad		
Estado Civil		
Religión		
Procedencia		
Ocupación		
Gestas		
Paras		
Abortos		
Cesáreas		
legrados		
Edad Gestacional		
Controles prenatales		
Periodo intergenésico		

Objetivo # 3

Llenado del Partograma

Objetivo # 4:

Interpretación del Partograma

Objetivo # 5:

Nivel de cumplimiento en porcentaje del llenado e interpretado por inciso del Instructivo emitido por el MINSA.

Operacionalización de las variables:

Objetivo 1: Indagar los principales datos demográficos del grupo de madres en estudio.

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad	Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento de recolectar la información	Años	<ul style="list-style-type: none">• Menor De 15 Años• De 15 – 24 Años• De 25 – 34 Años• Mayor De 34 Años
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de la recolección de la información	Grado académico	<ul style="list-style-type: none">• Analfabeta• Primaria• Secundaria• Técnico• Universitaria

Estado Civil	Relación conyugal existente entre 2 personas	Situación legal de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión estable
Religión	Creencia o reconocimiento de un poder Divino	Rito o creencia divina practicada	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Otra
Procedencia	Lugar de origen de una persona	Lugar de origen	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Ocupación	Actividad o acción laboral que realiza	Trabajo realizado	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Comerciante • Oficinista • Otros

Objetivo 2: Detallar los datos Gineco-obstétricos del grupo de madres en estudio.

Gestas	Número de embarazos acontecidos hasta el momento de recolección de la información	Según expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Primigestas • Multigesta
Paras	Número de partos acontecidos al momento de recolectar la información	Según expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multíparas

Abortos	Número de nacimientos antes de la viabilidad fetal, o sea antes de las 22 semanas de gestación	Según expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Uno • Dos
Cesáreas	Número de nacimientos por la vía abdominal, hasta el momento de recolección de la información	Según expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Uno • Dos
Legrados	Procedimiento que se realiza para raspar el útero después de un aborto	Según expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Uno • Dos
Edad Gestacional	Tiempo de vida intrauterina fetal, alcanzado, hasta el momento del nacimiento en semanas	Según expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 37sg • 37 a 41sg • Mayor a 41sg

Control prenatal	Número de visitas médicas realizada por la paciente durante el embarazo	Según expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 a 3 • mayor de 3
Período intergenésico	Tiempo que transcurre durante cada embarazo hasta el siguiente	Según expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 18 meses • Mayor de 18 meses • No aplica

Objetivo 3. Identificar la calidad del llenado de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.

Llenado del Partograma	Es el llenado de forma clara, ya establecida por medio de la hoja de monitoreo del Partograma con curva de alerta	Según expediente	Satisfactorio No Satisfactorio No Aplica
------------------------	---	------------------	--

Objetivo 4. Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.

Interpretación del Partograma	Es el análisis amplio y científico de todos los eventos ocurridos en el transcurso del trabajo de parto ya sean normales o anormales que se evalúan en la hoja del monitoreo del Partograma	Según expediente	Satisfactorio No Satisfactorio No Aplica
-------------------------------	---	------------------	--

Objetivo 5. Establecer el nivel de cumplimiento en porcentaje del partograma por inciso de acuerdo al instructivo emitido por el MINSA como monitoreo del Partograma.

Nivel de cumplimiento en porcentaje del llenado e interpretado por inciso del Instructivo emitido por el MINSA.	Cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma según la instructivo del Minsa	Según expediente	Satisfactorio No satisfactorio No Aplica
---	---	------------------	--

Fuente de información: Se revisaron los expedientes clínicos del grupo de madres en estudio, los cuales serán proporcionados por el departamento de estadística.

Técnica de recolección de la información: Se realizó una ficha de recolección de datos y se aplicó el instructivo de monitorización emitido por el MINSA en la evaluación del Partograma en mujeres con trabajo de parto con embarazos a término. Dichos datos serán recolectados por los investigadores con el fin de evitar sesgos

Procesamiento de la información: Se realizó a través del paquete estadístico SPSS.V 20.0 en el cual se ingresaron los datos para su posterior análisis a través de tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje.

Sistema de evaluación de cumplimiento de los diferentes Acápites de la Hoja del Monitoreo del Partograma.

La hoja consta de 17 Acápites, la cual se evalúa de la siguiente manera:

Priorizar partogramas de Asfixias Severas y Moderadas, Síndrome de Aspiración de Meconio (SAM), Hemorragia, Post Parto y Cesáreas indicadas como resultado de la vigilancia del Trabajo de Parto. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

El promedio del Partograma se obtiene de dividir el total de Criterios Cumplidos entre el total de Criterios Aplicables multiplicado por 100. El Promedio Global se obtiene de dividir el total de Partogramas que Obtuvieron un Promedio de 90 entre el total de Partogramas Monitoreados multiplicado por 100. El promedio por criterios servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Menos del 50% tanto en llenado como en interpretado se considera insatisfactorio, o sea malo.

Aspectos Éticos

Se garantizó confidencialidad y el anonimato de los datos que nos proporcionen. Se evitó la utilización de los datos para fines diferentes al estudio. Sera responsabilidad del investigador asegurarse de la calidad de los datos que le serán proporcionados, ya que estos deberán tener alta validez y fiabilidad.

Se solicitó el apoyo y permiso a la dirección del Hospital Bertha Calderón Roque asegurándole y comprometiéndonos a que nuestro trabajo se apegara a la ética médica bajo los principios de una investigación de carácter científico.

VIII. RESULTADOS

Objetivo 1: Indagar los principales datos demográficos del grupo de madres en estudio.

- En relación a la edad, el 29% (42) son menores de 15 años, el 28.3% (41) de 15 a 24 años, el 21.4% (31) de 25 a 34 años y mayor de 34 años, cada uno.
- El 47.6% (69) tenía escolaridad secundaria, el 24.1% (35) universitario, 20% (29) primaria, 6.2% (9) técnico y el 2.1% (3) analfabeta.
- Con respecto al estado civil, el 52.4% (76) tiene unión estable, 26.9% (39) soltera y el 20.7% (30) casada.
- La mayoría era de religión católica con un 79.3% (115), evangélica con un 16.6% (24) y otras con un 4.1% (6).
- El 100% (145) es de procedencia urbana.
- La ocupación más frecuente fue ama de casa con un 55.2% (80), 23.4% (34) otros, un 19.3% (28) comerciante y un 2.1% (3) eran oficinista.

Objetivo 2: Detallar los datos Gineco-obstétricos del grupo de madres en estudio.

- El 52.4% (76) eran multigestas y el 47.6% (71) primigesta.
- El 51% (76) multipara y el 49% (71) primípara.
- En relación al aborto, el 82.1% (119) no ha tenido ninguno, el 13.8% (20) al menos uno y el 4.1% (6) dos abortos.
- El 94.5% (137) no se han realizado cesárea y el 5.5% (8) tuvo uno cesárea.
- El 88.3% (128) no le han realizado legrado y el 11.7% (17) ha tenido un legrado.
- El 71% (103) se encontraba entre las 37 a 41 semanas gestacional, el 27.6% (40) mayor de 41 semana gestacional y el 1.4% (2) menor de 37 semana gestacional.
- Con respecto a los controles prenatales, el 66.9% (97) tenían más de 3 CPN, el 26.2% (38) de 1 a 3 CPN y el 6.9% (10) no tenía ningún control prenatal.

- El 48.3% (70) no aplicaba por ser su primer embarazo, el 37.2% (54) tenía un periodo intergenésico mayor de 18 meses y el 14.5% (21) tenía un periodo intergenésico menor de 18 meses.

Objetivo 3: Identificar la calidad del llenado de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.

- ✓ En relación al llenado del partograma se evidenció lo siguiente.
 - El 95.9% (139) llenó correctamente los datos generales del paciente, en cambio el 4.1% (6) lo hizo incorrectamente.
 - El 97.2% (141) llenó adecuadamente el tiempo de inicio del partograma, y un 2.8% (4) lo hizo inadecuadamente.
 - El 95.9% (139) seleccionó adecuadamente el patrón de construcción de curvas, el 3.4% (5) no lo hizo correctamente y el 0.7% (1) no aplica.
 - El 92.4% (134) llenó adecuadamente la información de casillas complementarias, mientras el 6.9% (10) lo hizo inadecuadamente y el 0.7% (1) no aplica.
- ✓ En relación a la calidad de gráficos del partograma:
 - El 93.8% (136) graficó adecuadamente la curva real, mientras el 6.2% (9) lo hizo inadecuadamente.
 - El 95.9% (139) realizó adecuadamente la curva alerta, mientras el 4.1% (6) lo hizo inadecuadamente.
 - El 87.6% (127) graficó adecuadamente el descenso de la presentación vs planos, en cambio el 12.4% (18) lo hizo inadecuadamente.
 - El 97.2% (141) hizo adecuadamente la gráfica variedad de posición de la presentación, mientras el 2.8% (4) no lo hizo adecuadamente.
 - El 100% (145) completó adecuadamente la gráfica de Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF).
 - El 97.2% (141) realizaron adecuadamente la gráfica de frecuencias uterinas, mientras el 2.8% (4) fue inadecuado.

- El 72.4% (105) graficó adecuadamente REM o RAM, mientras el 23.4% (34) lo hizo inadecuadamente y el 3.1% (6) no aplica.
- El 93.8% (136) hizo adecuadamente el gráfico de cambios de patrones en curva alerta, mientras el 6.20% (9) lo hizo inadecuadamente.

Objetivo 4: Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.

- El 87.6% (127) interpretó adecuadamente la curva real respecto a curva alerta, mientras el 11% (16) lo hizo inadecuadamente y el 1.4% (2) no aplica.
- El 66.9% (97) interpretaron adecuadamente las variaciones de Frecuencia Cardíaca Fetal, mientras el 24.8% (36) no aplica y el 8.3% (12) lo hizo inadecuadamente.
- El 91.7% (133) interpretó adecuadamente la variación de contracciones uterinas, y un 4.1% (6) lo hizo inadecuadamente y no aplica, respectivamente.
- El 82.1% (119) hizo una adecuada interpretación de la información obtenida del partograma, mientras el 17.2% (25) lo hizo inadecuadamente, el 0.7% (1) no aplica.
- El 64.1% (93) hizo uso adecuado de casillas de observación, mientras el 20.7% (30) no lo hizo y el 15.2% (22) no aplica.

Objetivo 5: Establecer el nivel de calidad en porcentaje de partogramas por inciso de acuerdo al instructivo emitido por el MINSA como monitoreo del Partograma.

El 78.6% (114) cumplió de 15 a 17 criterios por partograma, el 16.6% (24) de 11 a 14 criterios y el 4.8% (7) de 7

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio sobre “Calidad del Llenado, interpretación y utilización del Partograma como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016”, se revisaron 145 expedientes y partogramas.

Objetivo 1: Indagar los principales datos demográficos del grupo de madres en estudio.

En relación a la edad, la mayoría eran menores de 15 años, que coincide con los datos del Ministerio de Salud de Nicaragua y otras instituciones de estadísticas que refleja que Nicaragua es el país centroamericano con mayor cantidad de embarazos en adolescentes. El embarazo en menores de 18 años pone en riesgo la salud de la madre y del neonato, según OMS/OPS.

El embarazo en edades tempranas se asocia al abandono escolar, tal y como lo refleja el presente estudio, que denota que la mayoría de las pacientes no habían terminado la secundaria. De igual manera otros estudios demuestran la asociación de embarazos de riesgo y nivel educativo bajo, esto puede estar explicado por la falta de accesibilidad a la educación sexual y reproductiva.

Otro aspecto que en los últimos tiempos ha llamado la atención es el estado civil de unión estable, en donde no existe una responsabilidad del hombre, a pesar que en el código de la familia (ley 870) está establecido dicho aspecto, sin embargo se ha notado que la madre lo engloba de esta manera pero no convive con la pareja, causando inestabilidad social, económica y psico-emocional, poniendo en riesgo el embarazo y parto. Y más aún en segundo lugar está el estado civil soltera, la suma de estos aspectos proporciona lo abordado anteriormente.

Nicaragua es un país que según su Constitución Política es un estado laico y permite la libre expresión religiosa, sin embargo, por la historia colonizadora y la cultura es predominantemente de creencia religiosa tal y como lo refuerza este estudio con un alto porcentaje (79.3%).

A pesar que el Hospital Bertha Calderón es un hospital de referencia nacional y que atiende de manera gratuita a la ciudadanía, la mayoría de las personas en estudio fue de procedencia urbana, esto podría explicarse debido a que este hospital se encuentra en la zona urbana de la capital.

La ocupación más frecuente fue ama de casa que podría asociarse al abandono escolar y el embarazo a temprana edad, la falta de oportunidad de empleos y la garantía de una pareja estable.

Objetivo 2: Detallar los datos Gineco-obstétricos del grupo de madres en estudio.

El 52.4% (76) eran multigestas, es interesante saber que la mayoría son adolescentes embarazadas, pero de igual manera son multigestas, es decir que su vida sexual inició tempranamente y a pesar de haber tenido un embarazo precoz vuelve a embarazarse, sin las condiciones adecuadas.

La misma situación sucede con la cantidad de partos, Nicaragua posee altas cifras de niños y niñas y de adolescentes embarazadas, y los periodos intergenésicos a veces son cortos.

Podría ser por pena la respuesta que estos pacientes no han tenido aborto, sin embargo, el porcentaje ando rondando las cifras a nivel nacional.

Otra situación que pone en riesgo la vida de las pacientes es la operación cesárea, que en los últimos años se han incrementado, algunas veces bien justificado ya que

está en riesgo la vida de la mujer y el producto. Sin embargo, en otras situaciones no cumplen los criterios establecidos por la normativa y protocolo del MINSA.

Es interesante ver como no coincide la proporcionalidad entre aquellas pacientes que tuvieron aborto y las que se le realizaron legrado, podríamos suponer que esto es debido a la aplicación de dicho procedimiento para otras patologías.

Los múltiples esfuerzos que ha realizado el MINSA han mejorado la calidad de la atención y la oportuna identificación de factores de riesgos, que se reflejan en la semanas gestacionales oportunas y se habían realizado más de 3 controles prenatales.

Objetivo 3: Identificar la calidad del llenado de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.

En cuanto a la relación del cumplimiento del llenado del partograma se observó que ha mejorado en relación a los últimos estudios realizados en esta unidad hospitalaria llegando a un alto cumplimiento en el llenado de los datos del partograma, según el estudio realizado en el año 2013 en el periodo de mayo – noviembre con respecto al presente estudio supero el 15% – 20% , pero aún así hay detalles que tienen que seguirse trabajando e involucrando a todos los que llenan dichos datos, destacando el llenado adecuado del tiempo de inicio del partograma, dato fundamental para dar el seguimiento al proceso de evolución del parto.

En el caso de la calidad de gráficos del partograma se muestra una ligera disminución con respecto a estudios anteriores, principalmente en el acápito del descenso de la presentación vs planos y el gráfico de REM o RAM. Siendo estos aspectos fundamentales para proporcionar una capacitación oportuna al personal de salud.

Objetivo 4: Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.

Al discutir el llenado e interpretación de las hojas de partograma que se revisaron en el periodo de estudio, se evidencia la dificultad del personal de salud para la interpretación principalmente en las variaciones de Frecuencia Cardíaca Fetal y en el uso adecuado de casillas de observación. Dicho resultado resalta la mecanización del llenado mas no la destreza de interpretación de dichos datos. Destacando la importancia de preparar de manera adecuada a los médicos tanto de pregrado como de posgrado en esta temática. Ya que no resulta idóneo que no sepan que hacer con la información del partograma.

Objetivo 5: Establecer el nivel de calidad en porcentaje de partogramas por inciso de acuerdo al instructivo emitido por el MINSA como monitoreo del Partograma.

El promedio global del porcentaje del cumplimiento de los partogramas según los 17 criterios revisados se determinó que apenas un 78.6% cumplió de 15 a 17 criterios. Dicho dato es mayor y mejor que el estudio del 2015 realizado por Logo y Montoya. Queda evidenciado una alta preocupación ya que como documento médico legal y como herramienta de prevención para la intervención oportuna del recién nacido y de la madre debería llenarse de manera clara e interpretarse de manera adecuada.

X. CONCLUSIONES

- La mayoría de las pacientes eran menores de 15 años, escolaridad secundaria, unión estable, católica, de procedencia urbana y ama de casa.
- Dichas mujeres eran multigestas, multípara, no han tenido ningún aborto, ni cesárea, ni legrado. Se encontraban entre las 37 y 41 semanas gestacionales, tenían más de 3 controles prenatales, periodo intergenésico mayor de 18 meses
- En la mayoría de los casos se llenó correctamente los datos generales del paciente, el tiempo de inicio del partograma, el patrón de construcción de curvas, la información de casillas complementarias. De igual manera se graficó correctamente la curva real, la curva de alerta, el descenso de la presentación vs planos, variedad de posición de la presentación, gráfica de frecuencia cardíaca fetal, frecuencias uterinas, REM o RAM y cambios de patrones en curva de alerta.
- Se interpretó adecuadamente la curva real, las variaciones de frecuencia cardíaca fetal, variación de contracciones uterinas, la información obtenida del partograma y se hizo uso adecuado de casillas de observación.
- La mayoría cumplió entre 15 a 17 criterios de calidad para el llenado de los partogramas.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- Promover capacitación y/o educación continua sobre la calidad de la hoja del partograma a médicos generales, residentes de gineco-obstetricia, internos y pre-internos, haciendo énfasis en la calidad del llenado e interpretación de partograma.
- Realizar monitoreos con metodología de estudios de casos para evaluar la calidad del llenado y de esta manera sea retroalimentado

Al Hospital Bertha Calderón Roque

- Promover en el comité de calidad la mejoría del llenado e interpretación de partograma.
- Evaluar los expedientes clínicos y realizar actividades de presentación de casos en la jornada docente.

A estudiantes de grado y posgrado

- Garantizar el buen llenado e interpretación de partograma.
- Realizar investigaciones y presentaciones de casos que permitan profundizar sobre la calidad del llenado e interpretación de partograma.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Alejandro Hernández. (2007). Calidad de atención en la vigilancia de trabajo de parto con partograma. León, Managua.
- Banco Mundial. (2014). *Banco Mundial*. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN?locations=NI&view=chart>
- CLAP, OPS/OMS. (2014). *Página oficial de OMS/OPS*. Obtenido de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&Itemid=242&lang=es
- Dr. Danilo Nápoles Méndez, Dra. Amelia Emilia Bajuelo Páez. (2004). EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES DEL TRABAJO DE PARTO. *MEDISAN*, 64-72. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.pdf
- Mauro Parra C. (2007). PARTOGRAMA EN MUJERES MULTÍPARAS CON MANEJO MÉDICO DEL TRABAJO DE PARTO. *Revista Chilena de Obstetricia y Gineología* , 160-164.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *OMS*. Obtenido de http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- Ricardo Schwarcz. (2005). *OBSTETRICIA*. Argentina: El Ateneo.
- Rocha IM y de Oliveira SM. (2009). Partograma como instrumento de análisis en la asistancia del parto. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P* , 880-8.
- Vieira García Novo, Joe Luiz. (2016). Analysis of assistance procedures to normal birth in primiparous. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 30-35.
- Zeledón y Abarca. (1997). Aplicación del partograma en el servicio de labor y parto en el hospital Berta Calderón Roque. Managua, Nicaragua.

XIII. Anexos

Instrumento Llenado de partograma Labor y parto

Datos

Generales Edad

- Menor De 15 Años _____
- De 15 – 24 Años _____
- De 25 – 34 Años _____
- Mayor De 34 Años _____

Escolaridad

- Analfabeta _____
- Alfabeto _____
- Primaria Incompleta _____
- Primaria Completa _____
- Secundaria Incompleta _____
- Secundaria Completa _____
- Técnico _____
- Universitario _____

Estado Civil

- Soltera _____
- Casada _____
- Unión Estable _____

Religión

- Católica _____
- Evangélica _____
- Otras _____

Procedencia

- Urbano _____
- Rural _____

Ocupación

- Ama de casa ____
- Comerciante ____
- Oficinista ____
- Otros ____

Datos Gineco-Obstétricos

Gesta

- Primigesta ____
- Multigesta ____

Para

- Primípara ____
- *Multípara* ____

Abortos

- Ninguno ____
- Uno ____
- Dos ____
- Más de dos ____

Cesáreas

- Ninguna ____
- Una ____
- Dos ____
- Más de dos ____

Legrados

- Ninguno ____
- Uno ____
- Dos ____
- Más de dos ____

Edad gestacional

- Menor de 37 sg ____
- De 37 – 41 sg ____

- Mayor de 41 sg ____

Controles prenatales

- Ninguno ____
- De 1 – 3 ____
- Mayor de 3 _

Período intergenésico

- Menor de 18 meses ____
- Mayor de 18 meses ____
- No aplica __<

El promedio del partograma se obtiene de dividir el total Criterios Cumplidos entre el total de Criterios Aplicables multiplicado por 100. El Promedio Global se obtiene de dividir el total de Partogramas que Obtuvieron un Promedio de 90 entre el total de Partogramas Monitoreados multiplicado por 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

[illegible]

Tablas y Gráficos

Tabla 1. Características demográficas de las pacientes en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

n=145

Características Sociodemográficas			
Edad		Frecuencia	Porcentaje
	menor de 15	42	29%
	15 a 24	41	28.3%
	25 a 34	31	21.4%
	mayor de 34	31	21.4%
	Total	145	100%
Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
	Analfabeta	3	2.1%
	primaria	29	20%
	Secundaria	69	47.6%
	Técnico	9	6.2%
	Universitario	35	24.1%
	Total	145	100%
Estado Civil		Frecuencia	Porcentaje
	soltera	39	26.9%
	casada	30	20.7%
	unión estable	76	52.4%
	Total	145	100%
Religión		Frecuencia	Porcentaje
	católica	115	79.3%
	evangélica	24	16.6%
	otras	6	4.1%
	Total	145	100%
Procedencia		Frecuencia	Porcentaje
	Urbano	145	100%
Ocupación		Frecuencia	Porcentaje
	ama de casa	80	55.2%
	comerciante	28	19.3%
	oficinista	3	2.1%
	otros	34	23.4%
	Total	145	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 2. Datos obstétricos de las pacientes en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

n=145

Datos Obstétricos			
Gestas		Frecuencia	Porcentaje
	Primigesta	69	47.6%
	Multigesta	76	52.4%
	Total	145	100%
Paras		Frecuencia	Porcentaje
	Primípara	74	51%
	Multípara	71	49%
	Total	145	100%
Aborto		Frecuencia	Porcentaje
	Ninguno	119	82.1%
	Uno	20	13.8%
	Dos	6	4.1%
	Total	145	100%
Cesárea		Frecuencia	Porcentaje
	Ninguna	137	94.5%
	Una	8	5.5%
	Total	145	100%
Legrados		Frecuencia	Porcentaje
	Ninguno	128	88.3%
	Uno	17	11.7%
	Total	145	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 3 Datos del embarazo actual de las pacientes en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

n=145

Datos de Embarazo Actual			
Edad Gestacional		Frecuencia	Porcentaje
	Menor de 37sg	2	1.4%
	37 a 41sg	103	71.0%
	Mayor a 41sg	40	27.6%
	Total	145	100%
CPN		Frecuencia	Porcentaje
	Ninguno	10	6.9%
	1 a 3	38	26.2%
	mayor de 3	97	66.9%
	Total	145	100%
Período Intergenésico		Frecuencia	Porcentaje
	menor de 18 meses	21	14.5%
	mayor de 18 meses	54	37.2%
	no aplica	70	48.3%
	Total	145	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 4. Calidad del llenado de los partogramas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016

n=145

Calidad del llenado del partograma			
Llenado de datos generales		Frecuencia	Porcentaje
	Incorrecto	6	4.1%
	Correcto	139	95.9%
	Total	145	100%
Tiempo de inicio del partograma		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	4	2.8%
	Adecuado	141	97.2%
	Total	145	100%
Selección adecuada del patrón de construcción de curvas		Frecuencia	Porcentaje
	no	5	3.4%
	si	139	95.9%
	No aplica	1	0.7%
	Total	145	100%
Llenado de información casillas complementarias		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	10	6.9%
	Adecuado	134	92.4%
	NA	1	0.7%
	Total	145	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 5. Calidad de gráfico de los partogramas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

n=145

Calidad de gráficos del partograma			
Graf. curva real		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	9	6.2%
	Adecuado	136	93.8%
	Total	145	100%
Graf. curva alerta		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	6	4.1%
	Adecuado	139	95.9%
	Total	145	100%
Graf. Descenso presentación vs planos Hodge		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	18	12.4%
	Adecuado	127	87.6%
	Total	145	100%
Graf. Variedad de posición de la presentación		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	4	2.8%
	Adecuado	141	97.2%
	Total	145	100%
Graf. de FCF		Frecuencia	Porcentaje
	Adecuado	145	100%
	Inadecuado	0	0%
	Total	145	100%
Graf. De frecuencias Uterinas		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	4	2.8%
	Adecuado	141	97.2%
	Total	145	100%
Graf. De REM O RAM		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	34	23.4%
	Adecuado	105	72.4%
	No aplica	6	4.1%
	Total	145	100%
Graf. Cambios de patrones en curva alerta		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuado	9	6.20%
	Adecuado	136	93.80%
	Total	145	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 6. Interpretación del llenado de los partogramas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

n=145

Interpretación del llenado del partograma			
Interpretación Curva real respecto a curva alerta		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuada	16	11%
	Adecuada	127	87.6%
	No aplica	2	1.4%
	Total	145	100%
Interpretación Variaciones de FCF		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuada	12	8.3%
	Adecuada	97	66.9%
	No aplica	36	24.8%
	Total	145	100%
Interpretación Variación de contracciones uterinas		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuada	6	4.1%
	Adecuada	133	91.7%
	No aplica	6	4.1%
	Total	145	100%
Interpretación de la información obtenida del partograma		Frecuencia	Porcentaje
	Inadecuada	25	17.2%
	Adecuada	119	82.1%
	No aplica	1	0.7%
	Total	145	100%
Uso adecuado de casillas de observación		Frecuencia	Porcentaje
	No	30	20.7%
	SI	93	64.1%
	No Aplica	22	15.2%
	Total	145	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 7. Criterios cumplidos de los partogramas según instrumento del MINSA en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

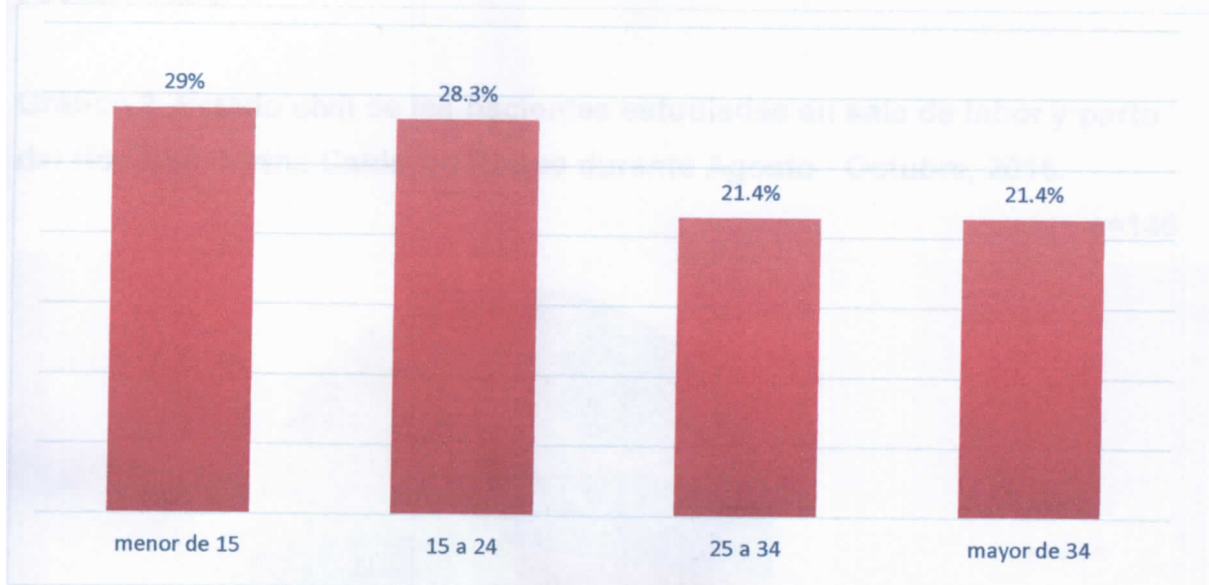
n=145

Número de criterios cumplidos por partogramas		
	Frecuencia	Porcentaje
7 a 10	7	4.8%
11 a 14	24	16.6%
15 a 17	114	78.6%
Total	145	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 1. Edad de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

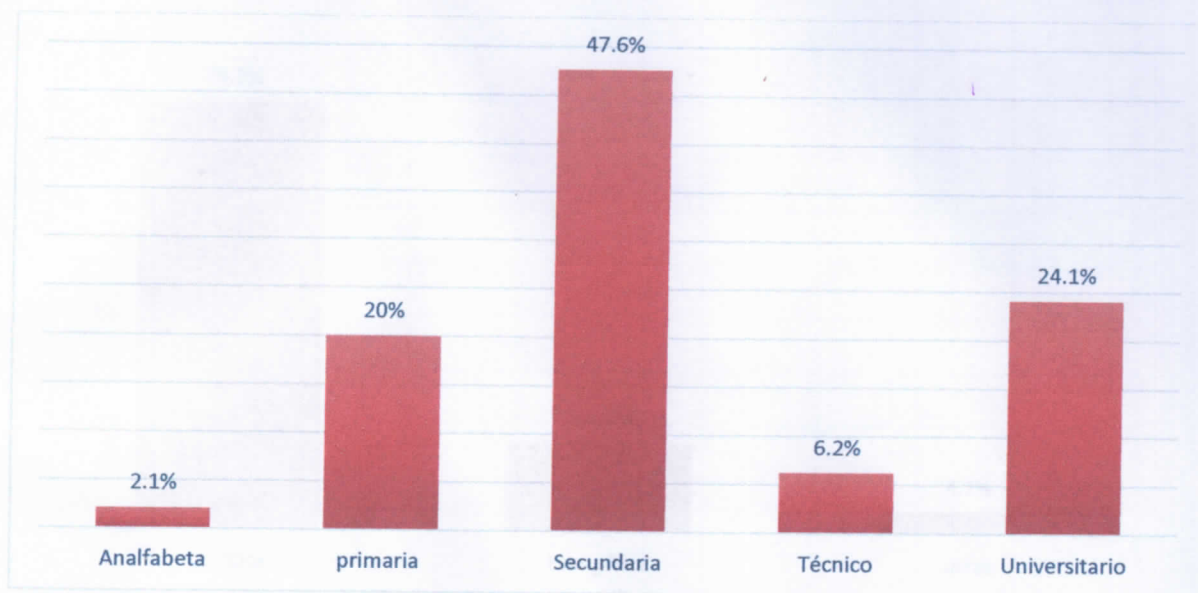
n=145



Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Escolaridad de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

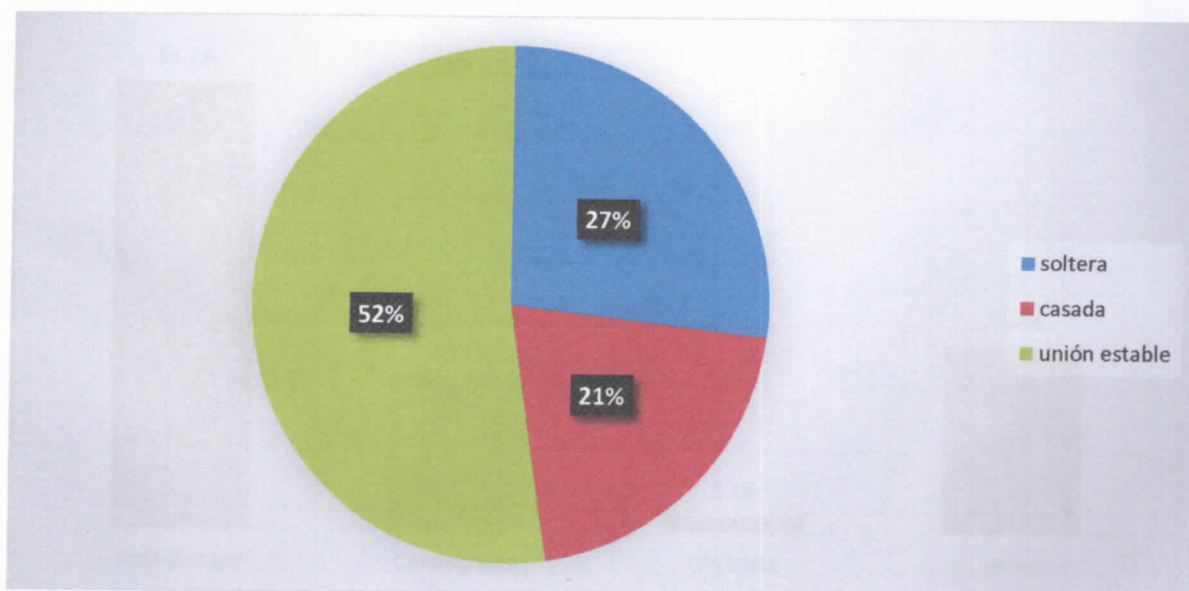
n=145



Fuente: Tabla 1

Gráfico 3. Estado civil de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

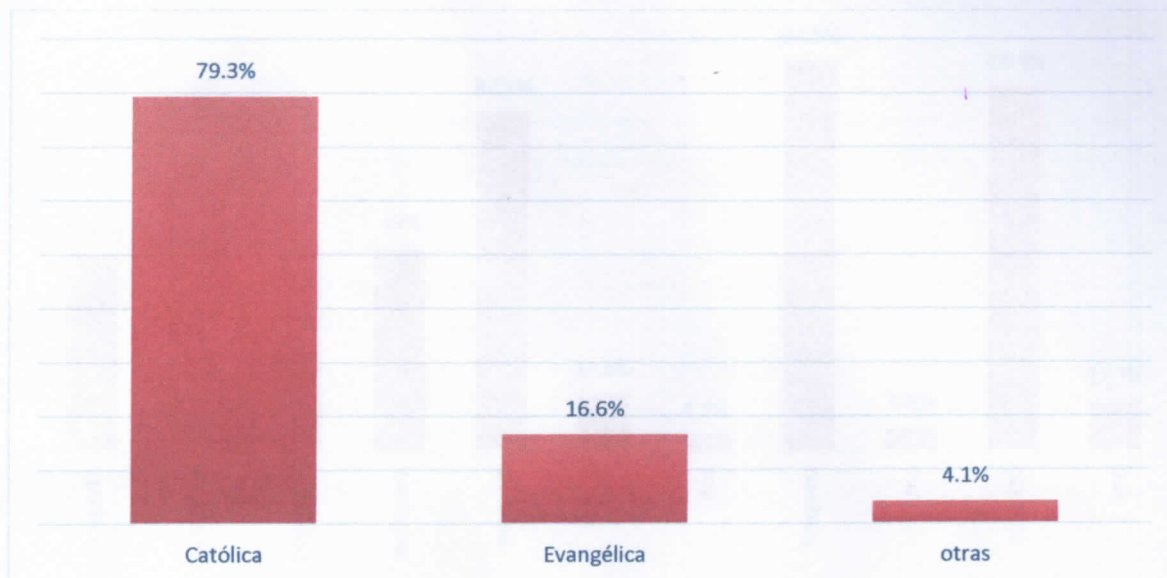
n=145



Fuente: Tabla 1

Gráfico 4. Religión de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

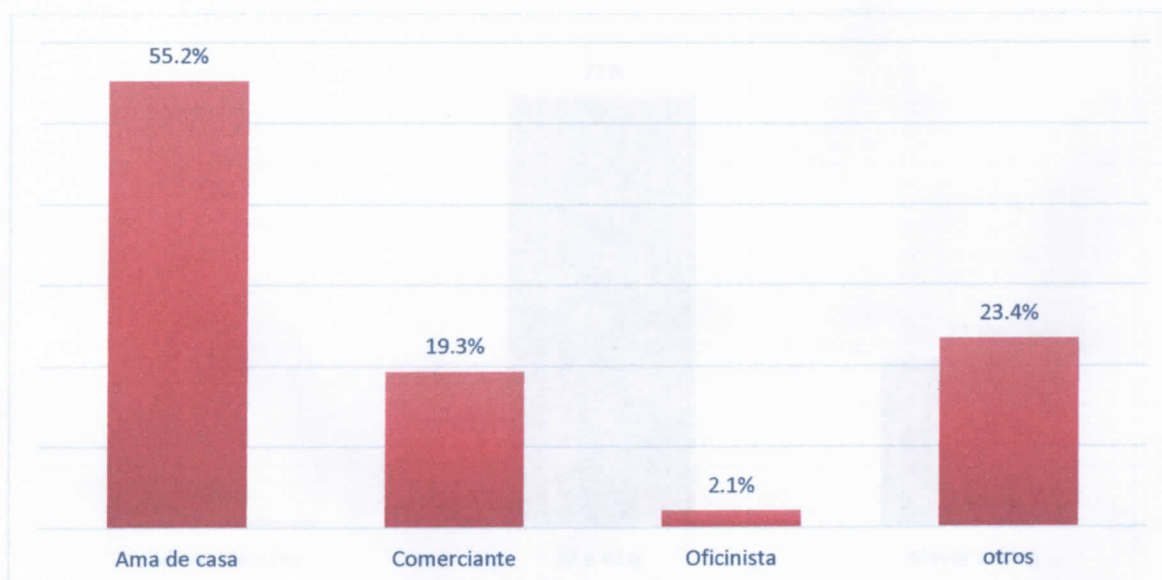
n=145



Fuente: Tabla 1

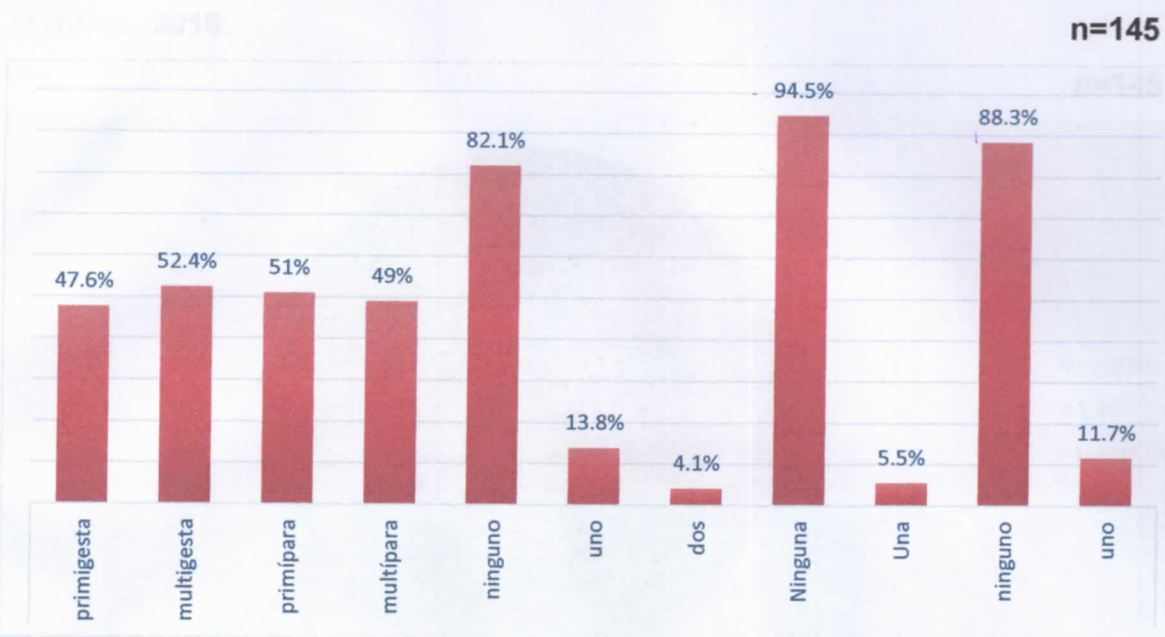
Gráfico 5. Ocupación de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

n=145



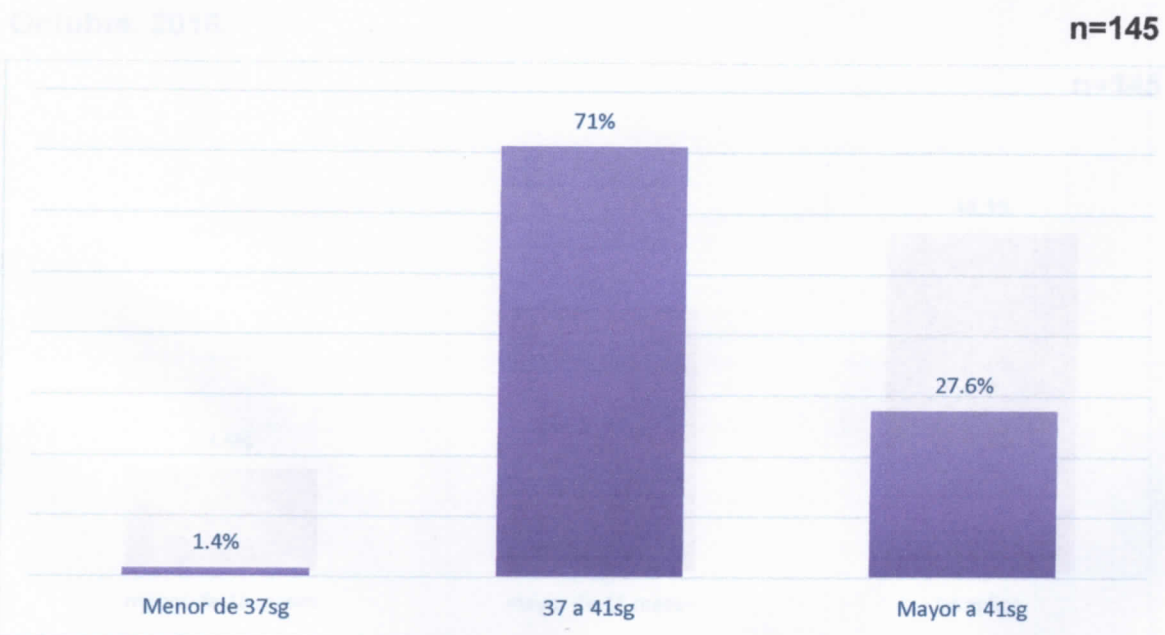
Fuente: Tabla 1

Gráfico 6. Datos Obstétricos de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.



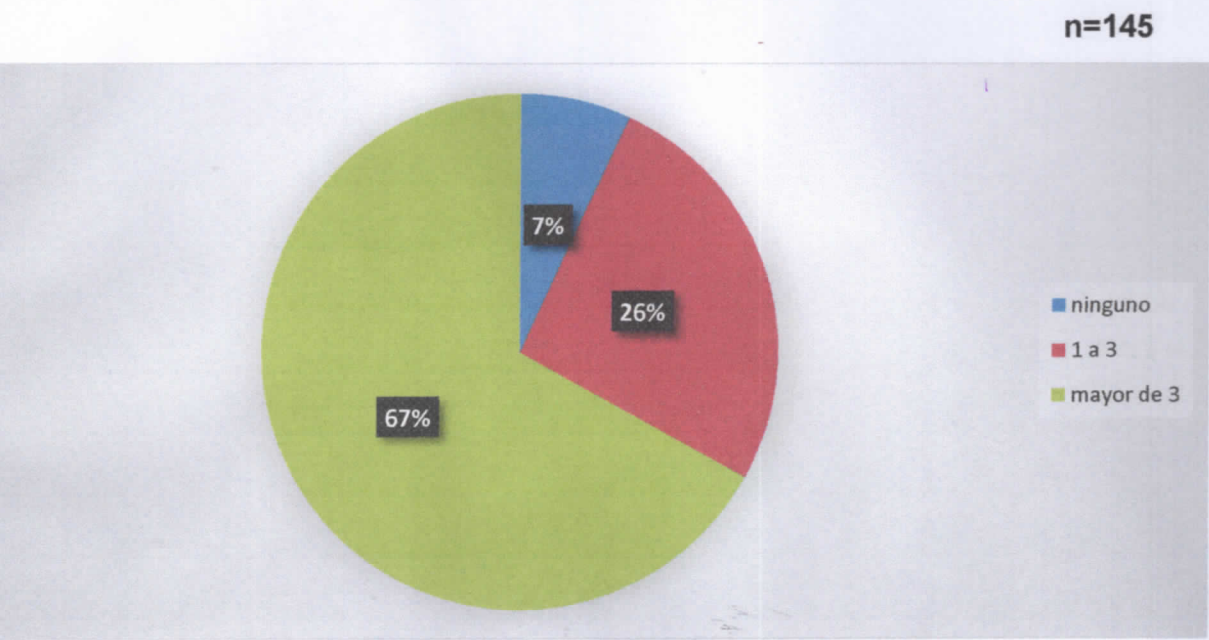
Fuente: Tabla 2

Gráfico 7. Edad Gestacional de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.



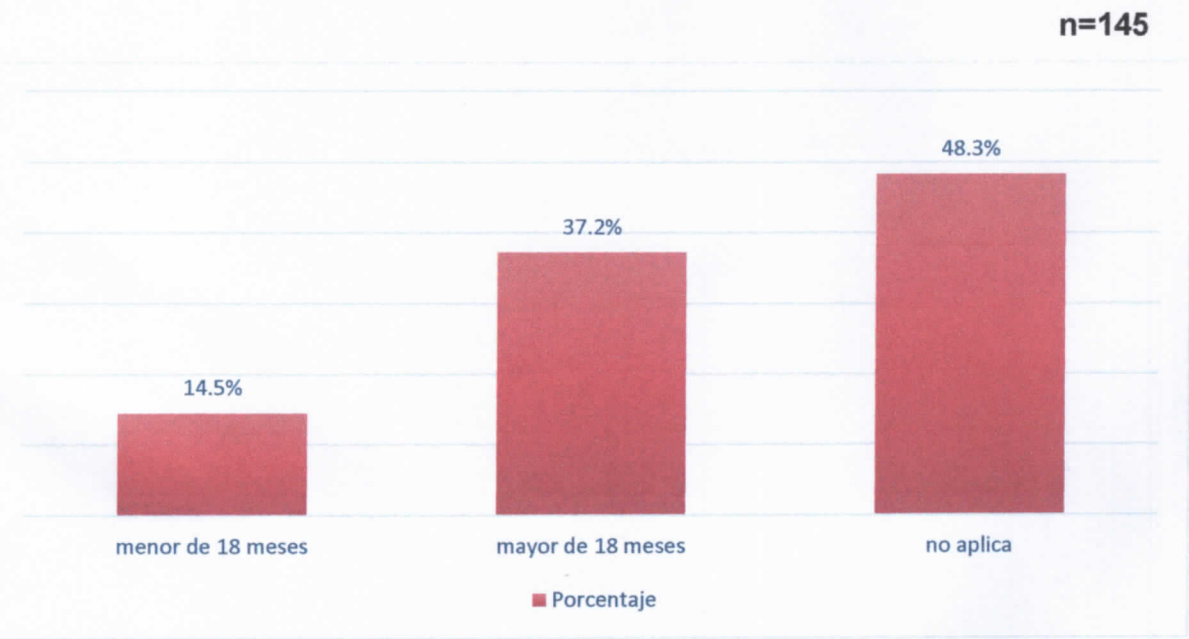
Fuente: Tabla 3

Gráfico 8. Número de controles prenatales de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.



Fuente: Tabla 3

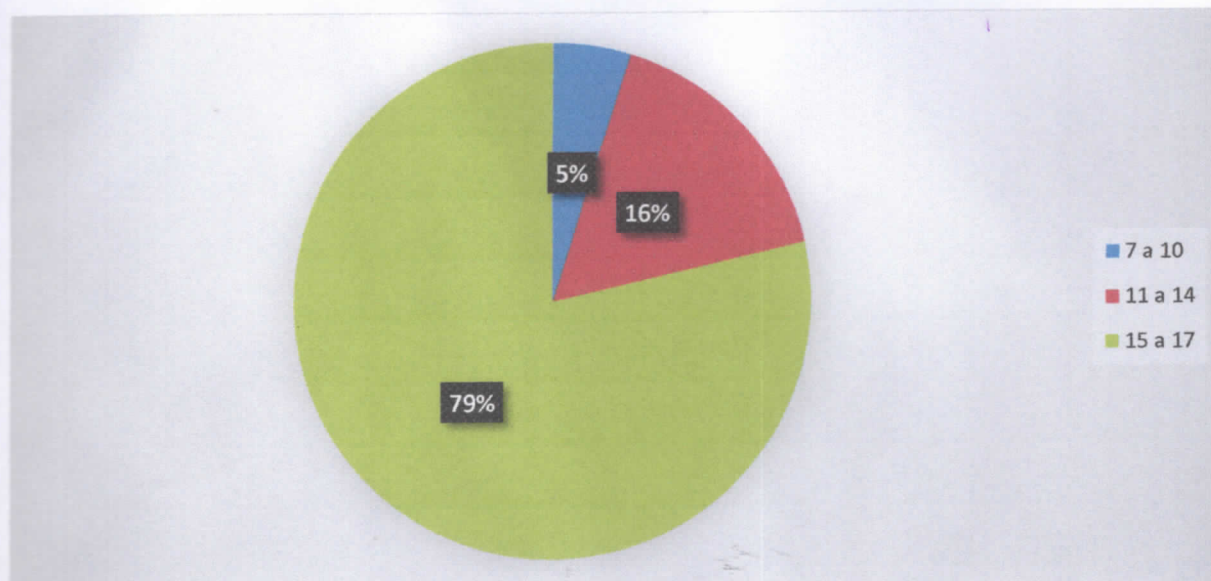
Gráfico 9. Período Inter-genésico de las pacientes estudiadas en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.



Fuente: Tabla 3

Gráfico 10. Número de criterios cumplidos por partograma en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante Agosto - Octubre, 2016.

n=145



Fuente: Tabla 7